

ЛИТЕРАТУРА

1. Вирккунен, Ю. Защищает ли диабет бедренную артерию от атеросклероза? / Ю. Вирккунен, Ю. Лавонен, А.Л. Канкайнен // *Ангиологическая и сосудистая хирургия*. -2005. -№ 1. –С. 11-18.
2. Глухов, А.А. Оценка эффективности применения метода программной ирригационно-аспирационной санации при гнойно-некротических осложнениях синдрома диабетической стопы / А.А. Глухов, В.А. Сергиев // *Новости хирургии*. - 2018. -№ 3. –С. 311-320.
3. Дубровщик, О.И. Ампутация нижних конечностей при декомпенсации критической ишемии атеросклеротического и диабетического генеза / *Хирургия Беларуси на современном этапе // Материалы XVI съезда хирургов Республики Беларусь и Республиканской научно-практической конф. –Гродно, ГрГМУ. -2018. -624 с.*
4. Eskelinen E. Lower Limb amputations in southern Finland in 2000 and trends up to 2001 / E. Eskelinen, M. Jepantalo, E.M. Nietala et al // *Eur J Vasc Endovasc Surg*. -2004: 27; 2: 193-200.
5. Митиш, В.А. Гнойно-некротические поражения при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы / В.А. Митиш, Ю.С. Пасхалова, И.А. Ерошкин и др. // *Хирургия*. -2014. –№ 1. –С. 48-52.
6. Стряпухин, В.В. Хирургическое лечение диабетической стопы / В.В. Стряпухин, А.Н. Лишенко // *Хирургия*. -2011. -№ 2. –С. 73-78.
7. Шумков, О.А. Реализация мультидисциплинарного подхода к лечению синдрома диабетической стопы: роль ангиохирурга / О.А. Шумков, М.С. Любарский, И.А. Алтухов и др. // *Хирургия*. -2013. -№ 11. –С.9-15.

ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИЕ ТРОФИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ И РАНЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: АУТОДЕРМОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ

Дубровщик О.И., Красницкая А.С., Милешко М.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Трофические язвы (ТЯ) и раны кожных покровов нижних конечностей, развивающиеся при нарушениях регионарного кровотока (артериального и венозного), раневой инфекции, острых гнойно-воспалительных и хронических сосудистых заболеваниях кожи и подкожной клетчатки, составляют значительную долю контингента пациентов хирургических стационаров. Проблема острых поражений кожи, в большинстве случаев, решается применением пластики местными тканями, в то время как в случае хронических язв, заживление которых за счет краевой эпителизации затруднено не только из-за площади поражения, но и развития соединительной ткани в краях

длительно незаживающих ран и язв, применение методики часто оказывается невозможным.

Продолжительный период времени методом выбора лечения длительно незаживающих ран и язв считалась ранняя свободная аутодермопластика (АДП). Безусловно, полнослойная кожная пластика обладает рядом преимуществ, поскольку в этом случае мы имеем дело с реконструкцией полноценного кожного покрова, однако она не всегда выполнима по ряду объективных и субъективных причин. Неудачи кожнопластических вмешательств могут быть обусловлены многочисленными причинами, главными из которых считают недостаточную подготовку воспринимающего ложа, снижение репаративных возможностей организма, в том числе и из-за сахарного диабета (СД), пожилой возраст пациентов [1]. Весьма существенную роль играет и состояние регионарной гемодинамики в пораженной конечности, без улучшения которой невозможно рассчитывать на положительный результат.

Одним из методов лечения раневых дефектов нижних конечностей является АДП расщепленным кожным лоскутом [1]. Пластика ран расщепленным кожным лоскутом из эпидермиса и части сосочкового слоя дермы возможна благодаря питанию лоскута за счет диффузии веществ с раневой поверхности, а заживление донорской раны происходит в течение 2-3 недель за счет регенерации глубжележащих слоев кожи [2]. Проблема хронических, длительно не поддающихся консервативной терапии дефектов, является одной из актуальнейших в гнойной хирургии.

Цель. Оценить эффективность лечения длительно незаживающих ран и ТЯ нижних конечностей при СД, посттромбофлебитическом синдроме (ПТФС), рожистом воспалении и хронической артериальной недостаточности (ХАН) при АДП.

Методы исследования. Проведено ретроспективное изучение результатов лечения ран и ТЯ нижних конечностей 436 пациентов 2-ого хирургического отделения УЗ «ГКБ №4 г. Гродно» с 2017 по декабрь 2019 г. Из них мужчин было 110 (25,2%), женщин – 326 (74,8%), средний возраст пациентов составил 57±3 года. Из них у 11 пациентов была выполнена АДП, 5 (45,5%) мужчин и 6 (54,5%) женщин, медиана возраста составила 65 лет. Именно эти пациенты и стали объектом нашего исследования. Трофические язвы на фоне СД возникли у 5 (45,5%), при венозной недостаточности (варикозная болезнь и ПТФС – у 4 (36,5%), некротическая форма рожистого воспаления – у 1 (9%), ХАН – у 1 (9%). Сопутствующие и фоновые заболевания наблюдали у всех пациентов: ИБС с явлениями застойной сердечной недостаточности, артериальную гипертензию, отдаленные последствия ОНМК, остеомиелит, хронический тубулоинтерстициальный нефрит в стадии ремиссии. Раны и ТЯ не заживали от 6 месяцев до 5 лет.

Результаты и их обсуждение. Показания к АДП ставили при наличии ран и ТЯ без перспективы их заживления из-за общих и местных условий: обширные раны

площадью $>15 \text{ см}^2$; длительность существования дефекта более 6 месяцев при безуспешности повторных курсов консервативного лечения. У всех пациентов АДП выполнялась при переходе местного раневого процесса во II фазу течения, т.е. при ликвидации инфекционного воспаления (консервативными, местными и оперативными методами) и появлении зрелых грануляций и краевой эпителизации. Медиана койко-дней составила 29,5 дней, до выписки из стационара.

Техника АДП не зависела от типа дефекта. Свободный расщепленный кожный лоскут (толщина 0,3-0,4мм) забирался дерматомом с передне-латеральной поверхности бедра с одной, реже обеих сторон. Лоскуты перфорировали скальпелем по ходу линий Лангера (1:1-1:3) и укладывали на поверхность дефекта на расстоянии 0,5 см от края дефекта и укрывали повязкой с антисептиком. Донорскую рану закрывали одним слоем сухой стерильной марлевой салфетки, поверх которой накладывали многослойные марлевые повязки и затем фиксировали их бинтом, а на следующий день снимали до предпоследнего слоя салфеток. Рану обрабатывали раствором перманганата калия, края марли подрезали по контуру раны и вновь накладывали стерильную повязку. Процедуру повторяли ежедневно до образования струпа. Повязку не снимали до полного заживления (в течение 5-10 дней), при этом нагноение отмечено в 3 случаях. Первую перевязку после АДП выполняли через 3-4 дня.

Приживление пересаженного лоскута кожи отмечалось у 9 (82%) пациентов, полное (полным считалось приживление более 90% лоскута) – у 5 (45,5%), частичное (менее 90%) – у 4 (36,4%) пациентов. Осложнение после пластики отмечено у 2 (18,2%) пациентов – лизис лоскута. Можно отметить, что использование расщепленного лоскута при хронической ране, даже при условии лизиса трансплантата улучшает состояние поверхности язвы, выполняя роль аналога биологического раневого покрытия.

Средний срок подготовки к АДП в группе хронических ран и ТЯ составил около 13 суток. Наши данные соответствуют литературным, где сроки в 15 суток считаются допустимыми при использовании стандартных методов местного лечения ран с применением антисептиков и протеолитических ферментов [3]. Внедрение в клиническую практику новых методов физической антисептики - низкочастотного ультразвука, лазеров высокой и низкой энергии, локального озонирования ран - позволяют по-новому решать проблему комплексного лечения длительно незаживающих ран и ТЯ, в том числе относительно аспектов подготовки к пластическим операциям, что позволяет сократить сроки предоперационной подготовки.

Представляло интерес изучить возможности выполнения АДП у пациентов с СД. У 5 (45,5%) пациентов с ТЯ диабетического генеза со стороны ран не отмечены осложнения в послеоперационном периоде. Медиана длительности пребывания в стационаре у этих пациентов составила 38 дней в целом, 17 дней до операции и 18 дней после операции. В нашем случае успех пластики объясняется

контролем СД на момент операции в сочетании с хорошими показателями кровотока, что позволило выполнить АДП при стандартной подготовке ложа.

Выводы. 1. Консервативный и оперативный методы лечения длительно незаживающих ТЯ и ран нижних конечностей позволяют ускорить процессы очищения ран и ТЯ, сокращают сроки заживления и уменьшают количество рецидивов.

2. Применение АДП после подготовки раневой поверхности, способствует более быстрому закрытию дефектов кожных покровов и сокращает сроки лечения этих пациентов.

3. Включение методов АДП при ранах и ТЯ диабетического генеза является эффективным методом закрытия длительно незаживающих язв и ран нижних конечностей.

4. Для улучшения результатов лечения пациентов с длительно незаживающими ранами и ТЯ нижних конечностей необходима целостная организационно-методическая система ведения этой группы пациентов в специализированных медицинских учреждениях амбулаторного и стационарного профилей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Никитин Г.Д., Карташев И.П., Рак А.В., и др. Пластическая хирургия хронических и нейротрофических язв. - С.-Петербург: Русская графика. - 2001. - 191 с
2. Попова Л.Н. Как изменяются границы вновь образующегося эпидермиса при заживлении ран. Дисс. канд. - Воронеж. - 1942
3. Кузнецов, Я.О., Хулуп Г.Я. Совершенствование методов лечения гнойных раневых поверхностей // Новости хирургии, №1, 2009, Том 17. – стр. 55-61
4. Горюнов, С.В., Ромашов Д.В., Бутвищенко И.А. Гнойная хирургия. Атлас // Под ред. к.м.н. И.С. Абрамова – М: БИНОМ. Лаборатория знаний. 2004 – стр. 455-488.

НОМИНАТИВНЫЕ РЯДЫ ГЛАГОЛА КАК СПОСОБ ОРГАНИЗАЦИИ ВИДОВЫХ ПРОТИВОПОСТАВЛЕНИЙ В АСПЕКТЕ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ ПРЕПОДАВАНИЯ РУССКОГО ЯЗЫКА КАК ИНОСТРАННОГО

Дымова Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Одним из центральных понятий номинативной деривации является понятие номинативного ряда. Введённое в теорию и практику деривационных исследований В.М.Никитевичем [2; 3], это понятие актуально и оказывается в центре исследований самых различных авторов [1; 4; 5] и, безусловно, с расширением объекта исследований с позиций номинативной